

# Zur Problematik zentraler Notaufnahmen



## Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Im Auftrag erarbeitet von Prof. Dr. med. Klaus Michael Stürmer  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

### *Aktueller Stand*

Bisher hat es sich in Deutschland medizinisch bewährt, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen in chirurgische und internistische Notaufnahmen unterteilt sind und im Regel- und Bereitschaftsdienst von Ärzten dieser beiden Fachgebiete auf Facharztniveau versorgt werden. Für Häuser der Maximalversorgung mit hohem Patientenaufkommen empfiehlt sich diese Struktur nach wie vor.

Einsparmaßnahmen und neue Arbeitszeitregelungen veranlassen vielerorts zu Überlegungen, Notaufnahmen zusammen zu legen, möglichst ohne das Qualitätsniveau und die Akzeptanz der Patienten zu mindern oder neue Kosten zu produzieren. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin schlagen zur Umsetzung dieser Ziele ein gemeinsames Konzept für die verschiedenen stationären Versorgungsstufen vor. Dabei wird bewusst auf die kostenträchtige Zwischenschaltung einer zusätzlichen und in Deutschland nicht erforderlichen Abteilungsstruktur für "Emergency Care" Medizin verzichtet. Es ist weder medizinisch noch ökonomisch sinnvoll, eine derartige weitere Subspezialisierung zu etablieren.

### *Leitung einer zentralen Notaufnahme*

Die ärztliche und organisatorische Leitung einer zentralen Notaufnahme sollte in einer Hand sein, um Reibungsverluste zu vermeiden, die sich Kosten steigernd und Qualität mindernd auswirken. Dabei sollte die Notaufnahme von den ärztlichen Fachdisziplinen geleitet werden, in deren Fachkompetenz die überwiegende Zahl der dort Behandlung suchenden Patienten fällt. Dies sind in Deutschland die Fachgebiete Innere Medizin und Chirurgie. Der Unfallchirurg ist in der Regel der zugelassene D-Arzt für die gesetzlich unfallversicherten Patienten und muss diese Patienten primär behandeln. Die Zulassung zum D-Arztverfahren ist an den verantwortlichen D-Arzt und andere festgelegte Ausstattungsmerkmale des Krankenhauses geknüpft.

Unter diesen Voraussetzungen bietet sich eine kollegiale gemeinsame Leitung der zentralen Notaufnahme durch die Fachvertreter der Gebiete Innere Medizin und Chirurgie - hier speziell der Unfallchirurgie - an. Dabei könnte die Geschäftsführung alle 2 oder 3 Jahre rotieren. In einem Beirat könnten alle weiteren in die Behandlung von Notfallpatienten eingebundenen Disziplinen repräsentiert sein.

### *Welche Patienten kommen in eine zentrale Notaufnahme?*

Die meisten Patienten in einer zentralen Notaufnahme werden von einem anderen Arzt eingewiesen oder kommen spontan mit akuten Erkrankungen oder Verletzungen. Dies unterscheidet sie von Patienten beim Notarzteeinsatz oder im ambulanten Notfalldienst der niedergelassenen Ärzte. Es gilt, nicht nur über Sofortmaßnahmen zu entscheiden, sondern über eine indizierte stationäre Aufnahme oder aber die Entlassung nach Hause nach fachgerechter

Erstversorgung. Nur ein sehr geringer Teil der Patienten wird vom Notarzt mit akut lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Verletzungen direkt eingeliefert (ca. 3-5%).

Typische Erkrankungen und Verletzungen, die in einer zentralen Notaufnahme zur Behandlung kommen, sind z.B. hohes Fieber, Thoraxschmerzen, akutes Abdomen, Diarrhoen, Intoxikationen, allergische Reaktionen, Thrombosen, Schnittwunden, Distorsionen, Frakturen und Luxationen. Diese und viele andere Erkrankungen und Verletzungen bedürfen einer unmittelbaren fachärztlichen Diagnostik und Therapie. Hierbei ist die gelegentlich vorgeschlagene Vorschaltung eines speziellen Notfallmediziners weder erforderlich noch sinnvoll. Weitere Fachärzte wie z.B. für Pädiatrie, Gynäkologie oder HNO können unverzüglich hinzugezogen werden.

Falls das Haus regelhaft in die Behandlung Schwerverletzter eingebunden ist, sollte ein Schockraumteam bereitstehen, wie es im Weißbuch „Schwerverletzten-Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie empfohlen wird. Ähnliche Teams sind auch für andere akut bedrohliche Notfallsituationen sinnvoll. Wichtig sind Algorithmen und regelmäßige Qualität sichernde Maßnahmen, die für alle Disziplinen und Mitarbeiter verbindlich sind.

### *Personelle Besetzung*

Die personelle Besetzung in der Regeldienstzeit richtet sich nach den zusätzlichen Aufgaben, die in der Notaufnahme stattfinden, wie z.B. die stationäre Aufnahme eingewiesener Patienten oder spezielle Sprechstunden wie die D-Arztprechstunde.

Außerhalb der Regeldienstzeit ist je nach Auslastung der zentralen Notaufnahme Bereitschafts- oder Schichtdienst erforderlich. Dies gilt für mindestens je einen Chirurgen und Internisten, die eine Behandlung auf Facharzniveau sicherstellen. Zusätzlich muss im Hintergrund je ein Oberarzt beider Disziplinen erreichbar sein (Oberarzt-Rufdienst). In der Regel sind weitere chirurgische und internistische Bereitschafts- oder Rufdienste erforderlich, je nach Auslastung mit Notfalloperationen und internistischen Notfallbehandlungen.

Der hohe Personalbedarf für eine zentrale Notaufnahme macht deutlich, dass sich in Zukunft nicht mehr alle Krankenhäuser an der Notfallbehandlung beteiligen können. In den großen Zentren wird die Fallzahl steigen und so zu einer höheren Auslastung und Versorgungs-Qualität führen.

### *Unterzeichner:*

**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie DGCH** (Präsident: Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Steinau, Bochum) mit ihren Mitgliedsgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie DGG (Präsident Prof. Dr. med. Klaus Balzer, Mülheim), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie DGKCH (Präsident: Dr. med. Ulrich Hofmann, Hannover), Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie DGPRÄC (Präsidentin: Dr. med. Marita Eisenmann-Klein, Regensburg), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie DGOOC (Präsident: Prof. Dr. med. Jochen Eulert, Würzburg), Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie DGT (Präsident: Dr. med. habil. Detlev Branscheid, Großhansdorf), Deutsche Gesellschaft für Herz- Thorax- und Gefäßchirurgie DGTHG (Präsident: Prof. dr. med. Arno Krian, Duisburg), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie DGU (Präsident: Prof. Dr. med. Klaus-Michael Stürmer, Göttingen), Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie DCVC (Präsident: Prof. Dr. med. Heinz Buhr, Berlin)

### **Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin DGIM**

(Vorsitzender: Prof. Dr. med. Wolfgang Hiddemann, München)